

# KMG: Klinikum Nordbrandenburg

## Standort Pritzwalk



## Strukturierter Qualitätsbericht 2022

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V



## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort .....	16
	Einleitung .....	16
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	18
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	18
A-1.1	Kontaktdaten des Standorts .....	18
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts .....	18
A-1.3	Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	20
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	20
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	20
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	21
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	22
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	22
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung .....	22
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit .....	23
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	24
A-8.1	Forschung und akademische Lehre .....	24
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen .....	24
A-9	Anzahl der Betten .....	24
A-10	Gesamtfallzahlen .....	24
A-11	Personal des Krankenhauses .....	25
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	25
A-11.2	Pflegepersonal .....	25
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	27

A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	27
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	28
A-12.1	Qualitätsmanagement .....	28
A-12.1.1	Verantwortliche Person .....	28
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	28
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	28
A-12.2.1	Verantwortliche Person .....	28
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	28
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen .....	29
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems .....	30
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	31
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	31
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	31
A-12.3.1.1	Hygienekommission .....	32
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	32
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	32
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie .....	33
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	33
A-12.3.2.4	Händedesinfektion .....	34
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	34
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement .....	35
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) .....	36
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium .....	36
A-12.5.2	Verantwortliche Person .....	36

A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal .....	37
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen .....	37
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt .....	38
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	39
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung ..... des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	39
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe .....	39
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung .....	40
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung .....	40
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß ..... § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	40
B	Struktur- und Leistungsdaten der ..... Organisationseinheiten/Fachabteilungen	41
B-[PKGERI]	Klinik für Geriatrie .....	41
B-[PKGERI].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	41
B-[PKGERI].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	41
B-[PKGERI].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	41
B-[PKGERI].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	41
B-[PKGERI].3	Medizinische Leistungsangebote der ..... Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[PKGERI].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	43
B-[PKGERI].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	44
B-[PKGERI].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	45
B-[PKGERI].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	45
B-[PKGERI].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	46
B-[PKGERI].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	47
B-[PKGERI].7.2	Kompetenzprozeduren .....	47
B-[PKGERI].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	47
B-[PKGERI].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	47

B-[PKGERI].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	47
B-[PKGERI].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	47
B-[PKGERI].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	47
B-[PKGERI].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	47
B-[PKGERI].11	Personelle Ausstattung .....	48
B-[PKGERI].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	48
B-[PKGERI].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	48
B-[PKGERI].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	48
B-[PKGERI].11.2	Pflegepersonal .....	48
B-[PKGERI].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	49
B-[PKGERI].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	49
B-[PKGERI].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	49
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKGERITK]	Geriatric Tagesklinik .....	50
B-[PKGERITK].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	50
B-[PKGERITK].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	50
B-[PKGERITK].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	50
B-[PKGERITK].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	50
B-[PKGERITK].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	50
B-[PKGERITK].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	51
B-[PKGERITK].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	51
B-[PKGERITK].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	52
B-[PKGERITK].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	52
B-[PKGERITK].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	52
B-[PKGERITK].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	52
B-[PKGERITK].7.2	Kompetenzprozeduren .....	52

B-[PKGERITK].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	52
B-[PKGERITK].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	52
B-[PKGERITK].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	52
B-[PKGERITK].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	52
B-[PKGERITK].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	52
B-[PKGERITK].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	52
B-[PKGERITK].11	Personelle Ausstattung .....	53
B-[PKGERITK].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	53
B-[PKGERITK].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	53
B-[PKGERITK].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	53
B-[PKGERITK].11.2	Pflegepersonal .....	53
B-[PKGERITK].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	53
B-[PKGERITK].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	54
B-[PKGERITK].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	54
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKTRA]	Klinik für Unfallchirurgie und Fußchirurgie .....	55
B-[PKTRA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	55
B-[PKTRA].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	55
B-[PKTRA].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	55
B-[PKTRA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	55
B-[PKTRA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	55
B-[PKTRA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	56
B-[PKTRA].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	57
B-[PKTRA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	58
B-[PKTRA].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	58
B-[PKTRA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	59

B-[PKTRA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	60
B-[PKTRA].7.2	Kompetenzprozeduren .....	60
B-[PKTRA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	60
B-[PKTRA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	61
B-[PKTRA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	61
B-[PKTRA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	61
B-[PKTRA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	62
B-[PKTRA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	62
B-[PKTRA].11	Personelle Ausstattung .....	63
B-[PKTRA].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	63
B-[PKTRA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	63
B-[PKTRA].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	63
B-[PKTRA].11.2	Pflegepersonal .....	63
B-[PKTRA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	64
B-[PKTRA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	64
B-[PKTRA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	64
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKVIS]	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasiver Chirurgie .....	65
B-[PKVIS].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	65
B-[PKVIS].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	65
B-[PKVIS].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	65
B-[PKVIS].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	65
B-[PKVIS].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	66
B-[PKVIS].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	66
B-[PKVIS].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	67

B-[PKVIS].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	68
B-[PKVIS].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	68
B-[PKVIS].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	69
B-[PKVIS].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	70
B-[PKVIS].7.2	Kompetenzprozeduren .....	70
B-[PKVIS].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	70
B-[PKVIS].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	71
B-[PKVIS].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	71
B-[PKVIS].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	71
B-[PKVIS].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	72
B-[PKVIS].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	72
B-[PKVIS].11	Personelle Ausstattung .....	72
B-[PKVIS].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	72
B-[PKVIS].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	72
B-[PKVIS].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	72
B-[PKVIS].11.2	Pflegepersonal .....	72
B-[PKVIS].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	73
B-[PKVIS].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	73
B-[PKVIS].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	73
	in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[PKGEF]	Zentrum für Gefäßchirurgie Nordbrandenburg .....	74
B-[PKGEF].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	74
B-[PKGEF].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	74
B-[PKGEF].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	74
B-[PKGEF].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	74
B-[PKGEF].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	75



B-[PKGEF].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	75
B-[PKGEF].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	76
B-[PKGEF].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	77
B-[PKGEF].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	77
B-[PKGEF].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	78
B-[PKGEF].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	79
B-[PKGEF].7.2	Kompetenzprozeduren .....	79
B-[PKGEF].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	80
B-[PKGEF].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	80
B-[PKGEF].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	80
B-[PKGEF].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	80
B-[PKGEF].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	80
B-[PKGEF].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	81
B-[PKGEF].11	Personelle Ausstattung .....	81
B-[PKGEF].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	81
B-[PKGEF].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	81
B-[PKGEF].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	81
B-[PKGEF].11.2	Pflegepersonal .....	81
B-[PKGEF].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	82
B-[PKGEF].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	82
B-[PKGEF].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	82
B-[PKPLA]	Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie .....	83
B-[PKPLA].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	83
B-[PKPLA].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	83
B-[PKPLA].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	83

B-[PKPLA].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	83
B-[PKPLA].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	84
B-[PKPLA].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	84
B-[PKPLA].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	85
B-[PKPLA].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	86
B-[PKPLA].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	86
B-[PKPLA].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	87
B-[PKPLA].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	88
B-[PKPLA].7.2	Kompetenzprozeduren .....	89
B-[PKPLA].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	89
B-[PKPLA].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	89
B-[PKPLA].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	89
B-[PKPLA].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	89
B-[PKPLA].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	89
B-[PKPLA].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	90
B-[PKPLA].11	Personelle Ausstattung .....	90
B-[PKPLA].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	90
B-[PKPLA].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	90
B-[PKPLA].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	90
B-[PKPLA].11.2	Pflegepersonal .....	90
B-[PKPLA].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	90
B-[PKPLA].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	91
B-[PKPLA].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	91
B-[PKGYN]	Klinik für Gynäkologie .....	92

B-[PKGYN].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	92
B-[PKGYN].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	92
B-[PKGYN].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	92
B-[PKGYN].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	92
B-[PKGYN].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	92
B-[PKGYN].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	93
B-[PKGYN].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	93
B-[PKGYN].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	93
B-[PKGYN].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	94
B-[PKGYN].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	94
B-[PKGYN].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	95
B-[PKGYN].7.2	Kompetenzprozeduren .....	95
B-[PKGYN].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	95
B-[PKGYN].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	95
B-[PKGYN].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	96
B-[PKGYN].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	96
B-[PKGYN].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	96
B-[PKGYN].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	96
B-[PKGYN].11	Personelle Ausstattung .....	97
B-[PKGYN].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	97
B-[PKGYN].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	97
B-[PKGYN].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	97
B-[PKGYN].11.2	Pflegepersonal .....	97
B-[PKGYN].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	97
B-[PKGYN].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	97
B-[PKGYN].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal .....	97

in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[PKAUG]	Klinik für Ophthalmologie .....	98
B-[PKAUG].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	98
B-[PKAUG].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	98
B-[PKAUG].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes .....	98
B-[PKAUG].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	98
B-[PKAUG].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	98
B-[PKAUG].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	98
B-[PKAUG].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	99
B-[PKAUG].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig .....	99
B-[PKAUG].6.2	Kompetenzdiagnosen .....	99
B-[PKAUG].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	99
B-[PKAUG].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	99
B-[PKAUG].7.2	Kompetenzprozeduren .....	99
B-[PKAUG].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	99
B-[PKAUG].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) .....	100
B-[PKAUG].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) .....	100
B-[PKAUG].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	100
B-[PKAUG].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	100
B-[PKAUG].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	100
B-[PKAUG].11	Personelle Ausstattung .....	100
B-[PKAUG].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	100
B-[PKAUG].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	100
B-[PKAUG].11.1.2	Zusatzweiterbildung .....	100
B-[PKAUG].11.2	Pflegepersonal .....	101
B-[PKAUG].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	101

B-[PKAUG].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	101
B-[PKAUG].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	101
B-[PKANÄS]	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	.....	102
B-[PKANÄS].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	102
B-[PKANÄS].1.1	Fachabteilungsschlüssel	.....	102
B-[PKANÄS].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	.....	102
B-[PKANÄS].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	.....	102
B-[PKANÄS].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	.....	102
B-[PKANÄS].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	.....	102
B-[PKANÄS].6	Hauptdiagnosen nach ICD	.....	103
B-[PKANÄS].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	.....	103
B-[PKANÄS].6.2	Kompetenzdiagnosen	.....	103
B-[PKANÄS].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	.....	103
B-[PKANÄS].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	103
B-[PKANÄS].7.2	Kompetenzprozeduren	.....	103
B-[PKANÄS].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	.....	103
B-[PKANÄS].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	.....	103
B-[PKANÄS].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	.....	103
B-[PKANÄS].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	.....	103
B-[PKANÄS].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	.....	103
B-[PKANÄS].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	.....	103
B-[PKANÄS].11	Personelle Ausstattung	.....	103
B-[PKANÄS].11.1	Ärzte und Ärztinnen	.....	103
B-[PKANÄS].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	104
B-[PKANÄS].11.1.2	Zusatzweiterbildung	.....	104
B-[PKANÄS].11.2	Pflegepersonal	.....	104

B-[PKANÄS].11.2.1	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	.....	104
B-[PKANÄS].11.2.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	.....	104
B-[PKANÄS].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	.....	104
C	Qualitätssicherung	.....	105
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	.....	105
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	.....	105
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	.....	106
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	.....	106
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	.....	199
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	.....	199
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	.....	199
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	.....	200
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	.....	200
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	.....	200
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	.....	200
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	201
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	201

C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....	201
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG .....	202
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL) .....	202
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien .....	203

## Vorwort

Drei Standorte – ein Klinikum. Unser KMG Klinikum Nordbrandenburg betreiben wir an den Standorten Kyritz, Pritzwalk und Wittstock. Für die Gesundheit unserer Patient\*innen sind wir im Einzugsgebiet von Brandenburg, Berlin, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern im Einsatz.

Wir bündeln unsere Kompetenzen so, dass wir unsere Patient\*innen bestmöglich medizinisch versorgen können. Was bedeutet das? Ein entscheidendes Kriterium für die Qualität einer medizinischen Behandlung ist, wie häufig Ärzt\*innen und ihre Teams diese durchführen. Dadurch, dass wir bestimmte Leistungen an den einzelnen Standorten konzentrieren, stellen wir also die Behandlungsqualität sicher.

Mit dieser Struktur halten wir ein breites und gleichzeitig hoch spezialisiertes medizinisches Versorgungsangebot mit 19 Fachabteilungen bereit. Insgesamt betreiben wir an unserem KMG Klinikum Nordbrandenburg 423 Betten und Plätze. Etwa 850 Mitarbeiter\*innen kümmern sich in der familiären Atmosphäre der drei Klinika um die Gesundheit unserer Patient\*innen. Wir behandeln hier pro Jahr ca. 14.300 Patient\*innen stationär, rund 30.500 Patient\*innen ambulant und 17.000 Patient\*innen als Notfälle nach aktuellsten medizinischen und wissenschaftlichen Standards.

## Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Zusammen mit den unmittelbar in der Region gelegenen KMG Kliniken in Kyritz und in Wittstock bildet das KMG Klinikum Pritzwalk ein Netzwerk mit 434 Betten. Das Leistungsspektrum ist durch die insgesamt 15 Fachkliniken ergänzend aufeinander aufgebaut. Optimal abgestimmte Anschlussheilbehandlungen sind durch die KMG Reha-Einrichtungen möglich. So erhalten Patient\*innen Gesundheit aus einer Hand.

Unser KMG Klinikum Pritzwalk verfügt über drei hochmoderne Operationssäle, einen Intensiv- und Anästhesiebereich mit bester Medizingerätetechnik, ein ambulantes Operationszentrum mit eigenem Aufwachbereich sowie über radiologische Großgerätetechnik (MRT, CT). Unsere Patient\*innen sind während ihres Aufenthalts bei uns in modernen und freundlichen Zimmern untergebracht. Darüber hinaus erfüllt unser KMG Klinikum Pritzwalk die wichtige Funktion eines Akademischen Lehrkrankenhauses der Universitätsmedizin Greifswald.

Unser KMG Klinikum Pritzwalk hält einen großen Therapiebereich für die Versorgung von geriatrischen Patient\*innen vor, die gleichzeitig unter mehreren Krankheiten leiden (Multimorbidität). Eine teilstationäre Behandlung ist in unserer Tagesklinik für Geriatrie möglich.

Unser KMG Klinikum Pritzwalk arbeitet eng mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammen (Integratives Versorgungsmodell). Diesem Ziel dient auch das angegliederte Ärztehaus mit dem KMG Medizinischen Versorgungszentrum.



### Verantwortliche

#### Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	J.Fey@kmg-kliniken.de

#### Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Controlling
Titel, Vorname, Name	Anja Prill
Telefon	033971 64 1104
Fax	033971 64 1101
E-Mail	A.Prill@kmg-kliniken.de

### Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses <http://www.kmg-kliniken.de>

Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht <http://www.kmg-kliniken.de>

### Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>	Website der KMG Kliniken

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH
PLZ	19336
Ort	Bad Wilsnack
Straße	Badstr.
Hausnummer	5 - 7
IK-Nummer	261201323
Standort-Nummer	771599000
Standort-Nummer alt	02
Telefon-Vorwahl	03395
Telefon	6850
E-Mail	pritzwalk@kmg-kliniken.de
Krankenhaus-URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

##### KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Pritzwalk

PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
Straße	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
IK-Nummer	261201323
Standort-Nummer	771599000
Standort-Nummer alt	02
Standort-URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

##### Leitung des Krankenhauses

###### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Kyritz
Titel, Vorname, Name	Frank Rohde
Telefon	033971 64 1102
Fax	033971 64 1101
E-Mail	F.Rohde@kmg-kliniken.de

###### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Pritzwalk
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	J.Fey@kmg-kliniken.de

###### Verwaltungsleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer - Standort Wittstock
-------------------------------	--------------------------------------

Titel, Vorname, Name Jannis Fey / Frank Rohde  
Telefon 03394 427 100  
Fax 03394 427 101  
E-Mail F.Rohde@kmg-kliniken.de

**Ärztliche Leitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor - Standort Kyritz  
Titel, Vorname, Name Dr. med. Fred Gätkke  
Telefon 033971 64 2202  
Fax 033971 64 2201  
E-Mail F.Gaetcke@kmg-kliniken.de

**Ärztliche Leitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztliche Direktorin - Standort Pritzwalk  
Titel, Vorname, Name Dr. med. Anne-Grit Bialojan  
Telefon 03395 685 292  
Fax 03395 685 291  
E-Mail A.Bialojan@kmg-kliniken.de

**Ärztliche Leitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztlicher Direktor - Standort Wittstock  
Titel, Vorname, Name Dr. med. Volker Hitz  
Telefon 03394 427 201  
Fax 03394 427 925  
E-Mail V.Hitz@kmg-kliniken.de

**Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung - Standort Kyritz  
Titel, Vorname, Name Kathrin Bartel  
Telefon 033971 64 2300  
Fax 033971 64 1101  
E-Mail K.Bartel@kmg-kliniken.de

**Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung - Standort Pritzwalk  
Titel, Vorname, Name Marco Grove  
Telefon 03395 685 300  
Fax 03395 685 129  
E-Mail M.Grove@kmg-kliniken.de

**Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung - Standort Wittstock  
Titel, Vorname, Name Iris Weise  
Telefon 03394 427 1300  
Fax 03394 427 1002  
E-Mail I.Weise@kmg-kliniken.de

**Leitung des Standorts**

**KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Pritzwalk - Verwaltungsleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Geschäftsführer  
Titel, Vorname, Name Jannis Fey  
Telefon 03395 685 114  
Fax 03395 685 129

E-Mail J.Fey@kmg-kliniken.de

**KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Pritzwalk - Ärztliche Leitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Ärztliche Direktorin  
Titel, Vorname, Name Dr. med. Anne-Grit Bialojan  
Telefon 03395 685 292  
Fax 03395 685 291  
E-Mail A.Bialojan@kmg-kliniken.de

**KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH - Standort Pritzwalk - Pflegedienstleitung**

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Pflegedienstleitung  
Titel, Vorname, Name Marco Grove  
Telefon 03395 685 300  
Fax 03395 685 129  
E-Mail M.Grove@kmg-kliniken.de

### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers KMG Klinikum Nordbrandenburg GmbH  
Träger-Art privat

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art Akademisches Lehrkrankenhaus

### Name der Universität

Universitätsmedizin Greifswald

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- 1 MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare  
*Sozialdienst*
  - 2 MP53 - Aromapflege/-therapie
  - 3 MP04 - Atemgymnastik/-therapie
  - 4 MP56 - Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
  - 5 MP14 - Diät- und Ernährungsberatung  
*z. B. bei Diabetes mellitus*
  - 6 MP69 - Eigenblutspende
  - 7 MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
  - 8 MP18 - Fußreflexzonenmassage
  - 9 MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining  
*auch Computergestützt*
  - 10 MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
  - 11 MP24 - Manuelle Lymphdrainage
  - 12 MP25 - Massage  
*z. B. Akupunktmassage, Binde- gewebsmassage, Shiatsu*
  - 13 MP26 - Medizinische Fußpflege  
*kommt bei Bedarf auf Station*
  - 14 MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst  
*z. B. Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Entspannungstherapie*
  - 15 MP37 - Schmerztherapie/-management
  - 16 MP63 - Sozialdienst
  - 17 MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  
*z. B. Vorträge, Informationsveranstaltungen, Tag der offenen Tür*
  - 18 MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen  
*z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe, Hilfsmittelberatung, Beratung zu Pflegestufe, -anträge, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung*
  - 19 MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie
  - 20 MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
  - 21 MP45 - Stomatherapie/-beratung
  - 22 MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
  - 23 MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
  - 24 MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
  - 25 MP51 - Wundmanagement  
*z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*
  - 26 MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
  - 27 MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
  - 28 MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
  - 29 MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
  - 30 MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

- # Med.pfleg. Leistungsangebot
- MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie
- 31 *nur Physikalische Therapie*

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

- # Leistungsangebot
- 1 NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 2 NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
- 3 NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen  
*z.B. vegetarische Küche*
- 4 NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen  
*"Sonntagsvorlesungen" zu verschiedenen Themen sowie Tag der offenen Tür*
- 5 NM50: Kinderbetreuung  
*KITA am Klinikum*
- 6 NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
- 7 NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung
- 8 NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
- 9 NM02: Ein-Bett-Zimmer
- 10 NM10: Zwei-Bett-Zimmer
- 11 NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)  
*WLAN, Telefon am Bett, Fernsehgerät am Bett/im Zimmer, Aufenthaltsräume auf Stationen vorhanden*

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Manuela Schierstedt
Telefon	03843 34 3060
Fax	03843 34 3120
E-Mail	M.Schierstedt@kmg-kliniken.de

## A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

- # Aspekte der Barrierefreiheit
- 1 BF11 - Besondere personelle Unterstützung
- 2 BF24 - Diätetische Angebote
  - Diät- und Diabetesberatung, spezielle Kostform*
- 3 BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
  - elektrisch verstellbar bis 225 kg*
- 4 BF21 - Hilfsgereäte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
  - Patientenwaage, Patientenliefer, Toilettenstuhl, Rollstuhl, Rollator ect.*
- 5 BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
  - Anti-Thrombosestrümpfe bis Größe 8, sonst wickeln*
- 6 BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
  - bis 200 kg Körpergewicht*
- 7 BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
- 8 BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
- 9 BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
  - in jedem Bereich vorhanden*
- 10 BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- 11 BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
- 12 BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
- 13 BF05 - Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
- 14 BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
- 15 BF25 - Dolmetscherdienst
  - Dolmetscherliste*
- 16 BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 17 BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
- 18 BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
- 19 BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
- 20 BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

# Ausbildung in anderen Heilberufen

- 1 HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
- 2 HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
- 3 HB17 - Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
- 4 HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- 5 HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)

## A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	128
---------------	-----

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	3410
Teilstationäre Fallzahl	89
Ambulante Fallzahl	6435
StäB. Fallzahl	0



## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
<b>Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte</b>				
Gesamt				33,01
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	29,61	<b>Ohne</b>	3,4
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,14	<b>Stationär</b>	30,87
<b>- davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt				24,47
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	21,07	<b>Ohne</b>	3,4
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	2,14	<b>Stationär</b>	22,33
<b>Belegärztinnen und Belegärzte</b>				
Gesamt				2
<b>Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>				
Gesamt				0,77
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,43	<b>Ohne</b>	0,34
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,77
<b>- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind</b>				
Gesamt				0,77
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,43	<b>Ohne</b>	0,34
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,77

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				40
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				86,87
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	86,87	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	3,9	<b>Stationär</b>	82,97
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				17,54
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	17,54	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	3,9	<b>Stationär</b>	13,64
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				0,7
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,7	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,7
<b>Ohne Fachabteilungszuordnung</b>				
Gesamt				0,12
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,12	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,12
<b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt				0,58

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,58	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,58

**Ohne Fachabteilungszuordnung**

Gesamt				0,25
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,25	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,25

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften**

Gesamt				10,75
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	10,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	10,75

**Ohne Fachabteilungszuordnung**

Gesamt				2,18
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,18	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,18

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften**

Gesamt				9,67
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0	<b>Ohne</b>	9,67
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	9,67

**Ohne Fachabteilungszuordnung**

Gesamt				9,67
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0	<b>Ohne</b>	9,67
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	9,67

**Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				0,75
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,75

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

**Ohne Fachabteilungszuordnung**

Gesamt				1
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt				8,79
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	8,79	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	8,79

**Ohne Fachabteilungszuordnung**

Gesamt				2,6
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,6	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,6

## A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				3,62
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,62	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,1	<b>Stationär</b>	3,52

#### SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguistin und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Gesamt				0,8
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,8	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,8

#### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				6,55
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,55	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,5	<b>Stationär</b>	6,05

#### SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				1,43
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,43	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,43

#### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				1,74
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,74	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,74

#### SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Gesamt				0,58
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,58	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,58

#### SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				2
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2

#### SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Gesamt				2,88
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,88	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,88

#### SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				0,41
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,41	<b>Ohne</b>	0

Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,41
<b>SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie</b>				
Gesamt				2,84
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,84	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,84

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Sachbearbeiterin
Titel, Vorname, Name	Ricarda Neumann
Telefon	03395 685 453
Fax	03395 685 129
E-Mail	Ricarda.Neumann@kmg-kliniken.de
Karina Legde, Qualitätsmanagementbeauftragte Endo-Prothetik-Zentrum (EPZ)	
A-12.5.2. Vorsitz der Arzneimittelkommission Frau Dr. med. Anne-Grit Bialojan	

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht

Ja

##### Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Geschäftsführer, Ärztliche Direktorin, Pflegedienstleitung, Fachabteilungen
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

##### Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

#### A-12.2.2 Lenkungsgremium

- Regelmäßig stattfindende M&M-Konferenzen (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz). Teilnehmerkreis: Ärztl. Dienst / Pflegerischer Dienst
- Regelmäßig stattfindende Hygienekommissionssitzungen. Teilnehmerkreis: Geschäftsführung / Ärztl. Dienst / Pflegerischer Dienst / Versorgungsdienst
- Arbeitssicherheitsausschuss-Sitzungen

### Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

## A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

### Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme  
RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
- 1 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Das KMG Klinikum Pritzwalk hat im Berichtsjahr 2016 ein elektronisches Dokumentenlenkungssystem eingeführt, welches schrittweise auf alle Abteilungen des Klinikums ausgeweitet wird (VA\_Dokumentenlenkung)  
**Letzte Aktualisierung:** 01.10.2022
- 2 RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen  
RM04: Klinisches Notfallmanagement
- 3 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Notfallmanagement; VA\_Notfallkoffer  
**Letzte Aktualisierung:** 14.11.2022  
RM05: Schmerzmanagement
- 4 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Konzept Schmerztherapie im KMG Klinikum Pritzwalk  
**Letzte Aktualisierung:** 01.11.2022  
RM06: Sturzprophylaxe
- 5 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Sturzprophylaxe  
**Letzte Aktualisierung:** 01.04.2022  
RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
- 6 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Pflegestandards KMG Kliniken:A3.2 Expertenstandard Dekubitus A3.3 Dekubitusprophylaxe allgemein A3.4 Dekubitusbehandlung Grad I bis IIA3.5 Dekubitusbehandlung Grad III bis IV  
**Letzte Aktualisierung:** 25.02.2022  
RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
- 7 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Pflegestandards  
**Letzte Aktualisierung:** 15.09.2023  
RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
- 8 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Konzept - Umgang mit Medizinprodukten:Informationsblatt zum Umgang mitMedizinprodukten in den KMG Kliniken;Zuständigkeit Abt. Medizintechnik KMG Kliniken plc.;Standardisierte Vorlagen zur Meldung von Störungen vorhanden; Geräteverantwortliche Mitarbeiter in den Abteilungen benannt  
**Letzte Aktualisierung:** 01.09.2023
- 9 RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
- 10 RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

## Instrumente und Maßnahmen

- # Instrument bzw. Maßnahme  
RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
- 11 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Sicherheitscheckliste OP;CL\_Checkliste zur präoperativen Erfassung des cardiopulmonalen Risikos;QM-HB Transfusionsmedizin der KMG Mitte GmbH  
**Letzte Aktualisierung:** 01.11.2022  
RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
- 12 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_institutionalisierte Besprechung EPZ;CL\_Sicherheitscheckliste OP  
**Letzte Aktualisierung:** 14.11.2022  
RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen
- 13 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Identifikation von Patienten und Proben  
**Letzte Aktualisierung:** 01.11.2022  
RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
- 14 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** VA\_Anästhesie und Aufwachraum; Konzept Schmerztherapie (Kapitel 3 - Methoden der postoperativen Schmerztherapie)  
**Letzte Aktualisierung:** 11.03.2020  
RM18: Entlassungsmanagement
- 15 **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Konzept Schmerztherapie / Kapitel 6 Entlassmanagement  
**Letzte Aktualisierung:** 01.11.2022
- 16 RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

## Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Palliativbesprechungen
- Qualitätszirkel
- Andere: Qualitätszirkel EPZ

## A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

### Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

### Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor  
**Letzte Aktualisierung:** 09.11.2016
- 2 IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem  
**Frequenz:** bei Bedarf
- 3 IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  
**Frequenz:** bei Bedarf

**Details**

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Aktualisierung der VA_Critical-Incidents-Reporting CIRS am 09.11.2016 erfolgt

**A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

**Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)**

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

**Genutzte Systeme**

#	Bezeichnung
1	EF03: KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)

**Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse**

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

**A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1 Hygienepersonal**

**Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaushygieniker**

Anzahl (in Personen)	1
----------------------	---

**Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	1

**Hygienefachkräfte (HFK)**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	2

**Hygienebeauftragte in der Pflege**

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	12

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

#### Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission halbjährlich

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin / Ärztliche Direktorin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395 685 292
Fax	03395 685 291
E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

##### Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

##### Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

##### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhabe	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

##### Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

##### Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor

Auswahl Ja

##### Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja



### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

#### Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert	Ja

#### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

#### Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja

#### Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja
---------	----

#### Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft

Auswahl	Ja
---------	----

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl	Ja
---------	----

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

#### Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja
---------	----

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

##### Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag) 24,45

##### Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 99,37

##### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

#### A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

##### Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	Option	Auswahl
1	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html). Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

##### Umgang mit Patienten mit MRE (2)

#	Option	Auswahl
1	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja
2	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

#### Hygienebezogenes Risikomanagement

- # Instrument bzw. Maßnahme
- 1 HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen  
*Teilnahme bereits seit 2008*
- 2 HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen  
**Frequenz:** monatlich  
*Pflichtthema - fester Bestandteil des Fortbildungskalenders*
- 3 HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten  
**Frequenz:** jährlich  
*Jährliche Revalidierung der maschinellen Aufbereitung von Medizinprodukten in der Zentralsterilisationsabteilung*

#### Zu HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

- CDAD-KISS
- HAND-KISS
- MRSA-KISS
- OP-KISS

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

#### Lob- und Beschwerdemanagement

- | # | Lob- und Beschwerdemanagement  | Erfüllt?  |
|---|--|---|
| 1 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.          | Ja<br><i>Ansprechpartner für Beschwerden ist der Geschäftsführer in Zusammenarbeit mit dem QMB.</i> |
| 2 | Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. | Ja<br><i>Wahrnehmung der Aufgabe durch den Sozialdienst.</i>  |
| 3 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden   | Ja<br><i>Für anonyme Eingaben von Beschwerden steht das Formular FM_Beschwerde zur Verfügung.</i>   |
| 4 | Patientenbefragungen   | Ja<br><i>Fragebögen werden bei der Aufnahme dem Patienten ausgehändigt.</i>                         |
| 5 | Einweiserbefragungen   | Ja  |
| 6 | Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.  | Ja<br><i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement (06/2016)</i>                                  |
| 7 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.   | Ja<br><i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement (06/2016)</i>                                  |
| 8 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.  | Ja<br><i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement (06/2016)</i>                                  |

### Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches	
9	Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Verfahrensanweisung VA_Beschwerdemanagement (06/2016)</i>
10	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja <i>Entsprechend der VA_Beschwerdemanagement (06/2016) sind eingehende Beschwerden umgehend von der entgegennehmenden Person zu bearbeiten und ggf. der Vorgesetzte zu informieren.</i>

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Jannis Fey
Telefon	03395 685 114
Fax	03395 685 129
E-Mail	J.Fey@kmg-kliniken.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Besetzung der Position in Bearbeitung
Titel, Vorname, Name	n.N. n.N.
Telefon	03395 685 0
Fax	03395 685 129
E-Mail	Pritzwalk@kmg-kliniken.de

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission
------------------	------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

#### Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

#### Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Apotheker
Titel, Vorname, Name	Dr. Christian Heyde
Telefon	03391 39 4201
Fax	03391 39 4209
E-Mail	gf@ukrb.de

### A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	2
Erläuterungen	Kooperation mit externer Apotheke

### A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

#### Instrumente und Maßnahmen AMTS

- |   |  |
|---|--|
| # | Instrument bzw. Maßnahme   |
| 1 | AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)   |
| 2 | AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)   |
| 3 | AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln   |
| 4 | AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)   |
| 5 | AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern   |
| 6 | AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung<br>AS05: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)        |
| 7 | <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Das KMG Klinikum Pritzwalk hat im Berichtsjahr 2016 ein elektronisches Dokumentenlenkungssystem eingeführt, welches schrittweise auf alle Abteilungen des Klinikums ausgeweitet wird (VA_Dokumentenlenkung)<br><b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.10.2022<br>AS06: SOP zur guten Verordnungspraxis |
| 8 | <b>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:</b> Das KMG Klinikum Pritzwalk hat im Berichtsjahr 2016 ein elektronisches Dokumentenlenkungssystem eingeführt, welches schrittweise auf alle Abteilungen des Klinikums ausgeweitet wird (VA_Dokumentenlenkung)<br><b>Letzte Aktualisierung:</b> 01.10.2022  |
| 9 | AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen   |

#### Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen

### Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

### Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

## A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

### Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen  
vorgesehen? Ja

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor  
Auswahl Nein

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i>
2	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i> <i>z.B. Hämofiltration, Dialyse</i>
3	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder</i>
4	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>Harnflussmessung</i>
5	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse</i>
6	AA18 - Hochfrequenztherapiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i>

## A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

#### Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

#### Stufen der Notfallversorgung

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

#### Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1

Umstand Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

## A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

## A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

## A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Ja



## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[PKGERI] Klinik für Geriatrie

#### B-[PKGERI].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie

#### B-[PKGERI].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

#### B-[PKGERI].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin, Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395 685 290
Fax	03395 685 291
E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### B-[PKGERI].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## B-[PKGGERI].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

### # Medizinische Leistungsangebote

- 1 VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 2 VI25 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen  
*Psychologisches Assessment*
- 3 VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
- 4 VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes  
*Spirometrie, Langzeit-EKG, Langzeit-RR*
- 5 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten  
*Diabetes- und Ernährungsberatung*
- 6 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge  
*Spirometrie, BGA*
- 7 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 8 VR16 - Phlebographie  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 9 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 10 VR44 - Teleradiologie  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 11 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 12 VR15 - Arteriographie  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 13 VI38 - Palliativmedizin
- 14 VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas  
*Sonographie, ERCP in Kooperation innerhalb KMG Klinikum Mitte GmbH*
- 15 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 16 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 17 VR10 - Computertomographie (CT), nativ  
*Kooperation mit MVZ Pritzwalk*
- 18 VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)  
*Gastroskopie, Coloskopie*
- 19 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  
*Langzeit-EKG, Monitor*
- 20 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen  
*Sonographie, CT, Labor*
- 21 VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
- 22 VI35 - Endoskopie
- 23 VI20 - Intensivmedizin  
*Ein ausgewiesenes geriatrisches Intensivbett.*

- # Medizinische Leistungsangebote
- 24 VR02 - Native Sonographie
- 25 VR04 - Duplexsonographie
- 26 VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
- Kooperation mit KMG Klinikum Wittstock*
- 27 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 28 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 29 VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
- 30 VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
- 31 VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
- 32 VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- 33 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- 34 VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- 35 VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- 36 VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
- 37 VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
- 38 VI39 - Physikalische Therapie
- 39 VI40 - Schmerztherapie
- 40 VI42 - Transfusionsmedizin
- 41 VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- 42 VI44 - Geriatrische Tagesklinik
- 43 VC71 - Notfallmedizin
- 44 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
- 45 VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
- 46 VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
- 47 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
- 48 VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
- 49 VN23 - Schmerztherapie
- 50 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 51 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- 52 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 53 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 54 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 55 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- 56 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 57 VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 58 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
- 59 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
- 60 VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz

## **B-[PKGERI].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	973
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[PKGGERI].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	E86	Volumenmangel	42
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	33
3	S06.0	Gehirnerschütterung	31
4	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	29
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	25
6	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	22
7	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	20
8	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	19
9	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	19
10	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	18
11	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	18
12	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	17
13	S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	17
14	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	14
15	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	14
16	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	13
17	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	11
18	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	11
19	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	11
20	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	10
21	M54.4	Lumboischialgie	10
22	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	10
23	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	10
24	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	10
25	A46	Erysipel [Wundrose]	9
26	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	9
27	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	9
28	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	8
29	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	8
30	S32.5	Fraktur des Os pubis	8

**B-[PKGGERI].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs	131
2	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	54
3	I50	Herzinsuffizienz	47
4	E86	Volumenmangel	42
5	S06	Intrakranielle Verletzung	40
6	I63	Hirninfarkt	38
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	35
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	27
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	26
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	25
11	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	24
12	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	23
13	M54	Rückenschmerzen	21
14	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	19
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	18
16	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	18
17	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	13
18	S52	Fraktur des Unterarmes	13
19	M48	Sonstige Spondylopathien	12
20	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	12
21	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	11
22	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	11
23	N17	Akutes Nierenversagen	11
24	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	9
25	A46	Erysipel [Wundrose]	9
26	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	8
27	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	8
28	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	8
29	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	8
30	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	8

**B-[PKGGERI].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[PKGERI].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	726
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	157
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	136
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	100
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	95
6	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	95
7	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	74
8	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	42
9	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	35
10	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	34
11	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	28
12	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	27
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	24
14	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	20
15	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	20
16	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	19
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	18
18	8-98g.13	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 15 bis höchstens 19 Behandlungstage	17
19	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	14
20	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	14
21	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	10
22	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	9
23	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	9
24	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	9
25	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	7

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
26	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	6
27	8-98g.14	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 20 Behandlungstage	6
28	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	6
29	8-701	Einfache endotracheale Intubation	5
30	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	4

### B-[PKGERI].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	863
2	5-431	Gastrostomie	8
3	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	8
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	4

### B-[PKGERI].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[PKGERI].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

### B-[PKGERI].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[PKGERI].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[PKGERI].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[PKGERI].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[PKGERI].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[PKGGERI].11 Personelle Ausstattung

### B-[PKGGERI].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,49	Fälle je VK/Person	177,231339
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,57	<b>Ohne</b>	0,92
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,49
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		3,3	Fälle je VK/Person	294,84848
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,38	<b>Ohne</b>	0,92
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	3,3

#### B-[PKGGERI].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin <i>Innere Medizin und Allgemein Medizin, Innere Medizin und Geriatrie</i>
2	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

#### B-[PKGGERI].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
5	ZF52 - Ernährungsmedizin

### B-[PKGGERI].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		24,3	Fälle je VK/Person	40,04115
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	24,3	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	24,3

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,33	Fälle je VK/Person	2948,48462
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,33	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,33

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		5,75	Fälle je VK/Person	169,217392
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,75



**Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		2,66	Fälle je VK/Person	365,789459
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	2,66	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	2,66

**B-[PKGGERI].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ12 - Notfallpflege
- 3 PQ13 - Hygienefachkraft
- 4 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 5 PQ20 - Praxisanleitung

**B-[PKGGERI].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 2 ZP07 - Geriatrie  
*strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang mind. 180 Stunden vorhanden*
- 3 ZP01 - Basale Stimulation
- 4 ZP16 - Wundmanagement
- 5 ZP02 - Bobath
- 6 ZP03 - Diabetes
- 7 ZP20 - Palliative Care
- 8 ZP08 - Kinästhetik
- 9 ZP09 - Kontinenzmanagement
- 10 ZP19 - Sturzmanagement

**B-[PKGGERI].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[PKGERITK] Geriatrie Tagesklinik

### B-[PKGERITK].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Geriatrie Tagesklinik

#### B-[PKGERITK].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0260 - Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

#### B-[PKGERITK].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Geriatrie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Anne-Grit Bialojan
Telefon	03395 685 290
Fax	03395 685 280
E-Mail	A.Bialojan@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[PKGERITK].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

### B-[PKGERITK].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	VD20 - Wundheilungsstörungen
3	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
4	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
5	VH07 - Schwindeldiagnostik/-therapie
6	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
7	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
9	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
10	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
11	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
12	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

- # Medizinische Leistungsangebote
- 13 VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
  - 14 VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
  - 15 VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
  - 16 VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
  - 17 VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
  - 18 VI35 - Endoskopie
  - 19 VI39 - Physikalische Therapie
  - 20 VI40 - Schmerztherapie
  - 21 VI44 - Geriatriische Tagesklinik
  - 22 VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
  - 23 VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
  - 24 VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
  - 25 VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
  - 26 VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
  - 27 VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
  - 28 VN23 - Schmerztherapie
  - 29 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
  - 30 VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
  - 31 VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
  - 32 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
  - 33 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
  - 34 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
  - 35 VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
  - 36 VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
  - 37 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
  - 38 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
  - 39 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
  - 40 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
  - 41 VR02 - Native Sonographie
  - 42 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
  - 43 VR04 - Duplexsonographie
  - 44 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

## B-[PKGERITK].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	89

## B-[PKGERITK].6 Hauptdiagnosen nach ICD

**B-[PKGERITK].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig****B-[PKGERITK].6.2 Kompetenzdiagnosen****B-[PKGERITK].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	901
2	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	22
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	19
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	16
5	8-98a.11	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	12
6	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	< 4
7	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	< 4
9	5-787.96	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Radius distal	< 4
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	< 4

**B-[PKGERITK].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	913

**B-[PKGERITK].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[PKGERITK].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten****B-[PKGERITK].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[PKGERITK].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[PKGERITK].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[PKGERITK].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[PKGERITK].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[PKGERITK].11 Personelle Ausstattung

### B-[PKGERITK].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

#### B-[PKGERITK].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ54 - Radiologie
	<i>Kooperation</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
	<i>Kooperation</i>

#### B-[PKGERITK].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF28 - Notfallmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie
5	ZF52 - Ernährungsmedizin

### B-[PKGERITK].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 0

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

#### B-[PKGERITK].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ13 - Hygienefachkraft
3	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
4	PQ20 - Praxisanleitung

## B-[PKGERITK].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

# Zusatzqualifikation

1 ZP06 - Ernährungsmanagement

2 ZP07 - Geriatrie

*strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang mind. 180 Stunden vorhanden*

3 ZP01 - Basale Stimulation

4 ZP16 - Wundmanagement

5 ZP02 - Bobath

6 ZP03 - Diabetes

7 ZP08 - Kinästhetik

8 ZP09 - Kontinenzmanagement

9 ZP19 - Sturzmanagement

10 ZP20 - Palliative Care

## B-[PKGERITK].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

## B-[PKTRA] Klinik für Unfallchirurgie und Fußchirurgie

### B-[PKTRA].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Unfallchirurgie und Fußchirurgie

#### B-[PKTRA].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

### B-[PKTRA].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Michael Metzner
Telefon	03395 685 201
Fax	03395 685 211
E-Mail	M.Metzner@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[PKTRA].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

### B-[PKTRA].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
2	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
3	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
4	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
5	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
6	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
7	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
8	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
9	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
10	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
11	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

- # Medizinische Leistungsangebote
- 12 VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
- 13 VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
- 14 VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
- 15 VO15 - Fußchirurgie
- 16 VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
- 17 VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
- 18 VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
- 19 VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
- 20 VC71 - Notfallmedizin
- 21 VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- 22 VC66 - Arthroskopische Operationen
- 23 VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
- 24 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- VO13 - Spezialsprechstunde
- 25 *BG-Sprechstunde, Schultersprechstunde, Fußsprechstunde, Sprechstunde Endoprothetik*
- 26 VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- VC58 - Spezialsprechstunde
- 27 *BG-Sprechstunde, Schultersprechstunde, Fußsprechstunde, Sprechstunde Endoprothetik*
- 28 VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
- 29 VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
- VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- 30
- 31 VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
- 32 VO21 - Traumatologie
- 33 VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
- 34 VC30 - Septische Knochenchirurgie
- 35 VC69 - Verbrennungschirurgie
- 36 VO16 - Handchirurgie
- 37 VO14 - Endoprothetik
- 38 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 39 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 40 VR44 - Teleradiologie
- 41 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 42 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 43 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 44 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 45 VR02 - Native Sonographie
- 46 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

## **B-[PKTRA].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	1051
Teilstationäre Fallzahl	0



**B-[PKTRA].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	S06.0	Gehirnerschütterung	233
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	35
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	25
4	M54.4	Lumboischialgie	22
5	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	19
6	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	18
7	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	18
8	S20.2	Prellung des Thorax	17
9	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	15
10	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	15
11	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	15
12	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	14
13	S80.0	Prellung des Knies	13
14	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	12
15	S83.6	Verstauchung und Zerrung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Knies	12
16	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	11
17	S70.0	Prellung der Hüfte	11
18	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	10
19	M20.1	Hallux valgus (erworben)	10
20	M54.5	Kreuzschmerz	10
21	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	9
22	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	8
23	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	7
24	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	7
25	A46	Erysipel [Wundrose]	7
26	S83.2	Meniskusriss, akut	7
27	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	7
28	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	7
29	S32.7	Multiple Frakturen mit Beteiligung der Lendenwirbelsäule und des Beckens	7
30	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	7

**B-[PKTRA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	238
2	M54	Rückenschmerzen	46
3	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	43
4	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	38
5	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	37
6	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	36
7	S72	Fraktur des Femurs	35
8	S52	Fraktur des Unterarmes	33
9	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	30
10	L03	Phlegmone	29
11	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	28
12	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	27
13	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	23
14	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	22
15	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	20
16	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	18
17	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	17
18	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	17
19	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	16
20	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	15
21	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	14
22	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	13
23	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	12
24	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	11
25	M75	Schulterläsionen	9
26	S13	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe	8
27	A46	Erysipel [Wundrose]	7
28	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	6
29	M10	Gicht	6
30	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	6

**B-[PKTRA].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[PKTRA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	183
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	146
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	143
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	126
5	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	114
6	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	96
7	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	86
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	82
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	67
10	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	57
11	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	51
12	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	45
13	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	40
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	38
15	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	34
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	33
17	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	31
18	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	29
19	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	26
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	25
21	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	24
22	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	24
23	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	23
24	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	22
25	8-900	Intravenöse Anästhesie	21
26	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	21
27	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	19
28	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	18
29	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	18
30	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	18

**B-[PKTRA].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	85
2	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	77
3	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	69
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	57
5	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	45
6	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	38
7	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	29
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	26
9	5-786	Osteosyntheseverfahren	26
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	25
11	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	25
12	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	24
13	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	20
14	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	20
15	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	20
16	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	16
17	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	15
18	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	13
19	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	13
20	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	12
21	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	12
22	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	11
23	5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	9
24	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	9
25	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	8
26	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	8
27	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	8
28	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	7
29	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	7
30	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	6

**B-[PKTRA].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[PKTRA].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	<i>Ambulante Behandlung von Patienten mit Arbeitswege- bzw. Arbeitsunfallfolgen</i>

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM16 - Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)	Angebot Physiotherapeutischer Leistungen
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Lokales Traumazentrum
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	MVZ Pritzwalk- Praxis für Chirurgie
5	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachrichtungen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.

### B-[PKTRA].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[PKTRA].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

### B-[PKTRA].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	22
2	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	22
3	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	21
4	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	14
5	5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß	9
6	5-780.6w	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß	6
7	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	6
8	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	5
9	5-859.12	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	5
10	5-840.81	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Langfinger	4
11	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	4
12	5-056.40	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	4
13	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	< 4
14	5-787.kr	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	< 4
15	5-787.gb	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	< 4
16	5-790.1b	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	< 4
17	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	< 4
18	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	< 4
19	5-787.03	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus distal	< 4

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
20	5-787.0b	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	< 4
21	5-787.1r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	< 4
22	5-840.82	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Daumen	< 4
23	5-849.0	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	< 4
24	5-859.2a	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Fuß	< 4
25	5-840.81	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Langfinger	< 4
26	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	< 4
27	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	< 4
28	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	< 4
29	5-841.14	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	< 4
30	5-842.50	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen: Ein Finger	< 4

### B-[PKTRA].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	87
2	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	31
3	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	16
4	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	15
5	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	10
6	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	10
7	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	8
8	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
9	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	6

### B-[PKTRA].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung	Ja

## B-[PKTRA].11 Personelle Ausstattung

### B-[PKTRA].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		4,94	Fälle je VK/Person	236,711716
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,94	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,5	<b>Stationär</b>	4,44
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		3,14	Fälle je VK/Person	398,106049
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,14	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,5	<b>Stationär</b>	2,64

#### B-[PKTRA].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ06 - Allgemeinchirurgie
  - 2 AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
  - 3 AQ54 - Radiologie
  - 3 *Kooperation*
  - 4 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
  - 4 *Kooperation*

#### B-[PKTRA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
  - 2 ZF09 - Geriatrie

### B-[PKTRA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		12,26	Fälle je VK/Person	85,72594
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	12,26	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	12,26

#### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,58	Fälle je VK/Person	1812,069
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,58	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,58

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Gesamt		1	Fälle je VK/Person	1051
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1

#### Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,75	Fälle je VK/Person	1401,33337
--------	--	------	--------------------	------------

Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,75	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,75
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		0,88	Fälle je VK/Person	1194,31824
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,88	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,88

#### B-[PKTRA].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ12 - Notfallpflege
- 4 PQ13 - Hygienefachkraft
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ20 - Praxisanleitung

#### B-[PKTRA].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP19 - Sturzmanagement
- 2 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 3 ZP16 - Wundmanagement

#### B-[PKTRA].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik



## B-[PKVIS] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasiver Chirurgie

### B-[PKVIS].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasiver Chirurgie

#### B-[PKVIS].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

### B-[PKVIS].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Arnd Müller
Telefon	03395 685 206
Fax	03395 685 205
E-Mail	Arnd.Mueller@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[PKVIS].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
--	--------------------------------------

## **B-[PKVIS].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC21 - Endokrine Chirurgie
- 2 VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
- 3 VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
- 4 VC24 - Tumorchirurgie
- 5 VC71 - Notfallmedizin
- 6 VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
- 7 VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
- 8 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 9 VI35 - Endoskopie
- 10 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 11 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 12 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 13 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 14 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 15 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 16 VR02 - Native Sonographie
- 17 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

## **B-[PKVIS].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	855
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[PKVIS].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	122
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	51
3	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	44
4	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	21
5	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	20
6	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	20
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	19
8	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	18
9	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	17
10	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	16
11	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	16
12	L72.1	Trichilemmalzyste	14
13	K61.0	Analabszess	14
14	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	13
15	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	13
16	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	12
17	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	12
18	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	11
19	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	11
20	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	9
21	N20.1	Ureterstein	9
22	K29.6	Sonstige Gastritis	9
23	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	8
24	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	7
25	K80.01	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	7
26	K81.0	Akute Cholezystitis	7
27	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	7
28	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	6
29	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	6
30	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	6

**B-[PKVIS].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	154
2	K40	Hernia inguinalis	68
3	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	49
4	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	46
5	K80	Cholelithiasis	45
6	K57	Divertikulose des Darmes	36
7	K35	Akute Appendizitis	31
8	E04	Sonstige nichttoxische Struma	26
9	K43	Hernia ventralis	23
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	21
11	K29	Gastritis und Duodenitis	21
12	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	20
13	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	18
14	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	16
15	N20	Nieren- und Ureterstein	16
16	K42	Hernia umbilicalis	14
17	L05	Pilonidalzyste	14
18	K85	Akute Pankreatitis	14
19	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	12
20	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	9
21	K81	Cholezystitis	8
22	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	8
23	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	8
24	K25	Ulcus ventriculi	7
25	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	6
26	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	6
27	K41	Hernia femoralis	6
28	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	6
29	L03	Phlegmone	5
30	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	5

**B-[PKVIS].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[PKVIS].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	201
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	74
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	70
4	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm <sup>2</sup> bis unter 200 cm <sup>2</sup>	63
5	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	58
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	58
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	53
8	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	50
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	40
10	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	35
11	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	34
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	34
13	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	34
14	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	34
15	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	33
16	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	32
17	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	30
18	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	30
19	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	29
20	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	25
21	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	25
22	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	24
23	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	23
24	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	23
25	1-653	Diagnostische Proktoskopie	23
26	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	23
27	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	23
28	5-549.5	Andere Bauchoperationen: Laparoskopie mit Drainage	21
29	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	19
30	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	14

**B-[PKVIS].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-469	Andere Operationen am Darm	93
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	70
3	5-511	Cholezystektomie	60
4	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	52
5	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	49
6	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	44
7	5-470	Appendektomie	31
8	1-650	Diagnostische Koloskopie	30
9	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	30
10	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	29
11	5-549	Andere Bauchoperationen	26
12	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	26
13	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	25
14	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	25
15	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	24
16	5-063	Thyreoidektomie	23
17	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	23
18	1-653	Diagnostische Proktoskopie	23
19	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	22
20	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	19
21	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	15
22	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	14
23	5-454	Resektion des Dünndarmes	14
24	1-654	Diagnostische Rektoskopie	13
25	5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	12
26	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	12
27	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	11
28	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	10
29	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	10
30	8-701	Einfache endotracheale Intubation	9

**B-[PKVIS].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[PKVIS].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Pritzwalk <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin</i>

**B-[PKVIS].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[PKVIS].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[PKVIS].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	114
2	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	35
3	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	22
4	5-452.71	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	21
5	5-452.b1	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie: Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	21
6	5-469.s3	Andere Operationen am Darm: Geweberaffung oder Gewebeverschluss durch einen auf ein Endoskop aufgesteckten ringförmigen Clip: Endoskopisch	15
7	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	15
8	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	8
9	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	8
10	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	5
11	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	5
12	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
13	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	< 4
14	5-452.72	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, Push-and-pull-back-Technik: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
15	5-452.b2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, motorisierte Spiral-Endoskopie: Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	< 4
16	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	< 4
17	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	< 4
18	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	< 4
19	1-556.3	Biopsie am Kolon durch Inzision: Colon sigmoideum	< 4

**B-[PKVIS].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	125
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	71
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	43
4	5-469	Andere Operationen am Darm	30
5	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	12

**B-[PKVIS].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der  
Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[PKVIS].11 Personelle Ausstattung****B-[PKVIS].11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

**Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte**

Gesamt	5,05	Fälle je VK/Person	211,1111
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4,95	<b>Ohne</b>	0,1
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 1	<b>Stationär</b>	4,05
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>			
Gesamt	5,05	Fälle je VK/Person	211,1111
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 4,95	<b>Ohne</b>	0,1
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 1	<b>Stationär</b>	4,05

**B-[PKVIS].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ13 - Viszeralchirurgie
3	AQ07 - Gefäßchirurgie
4	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
5	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

**B-[PKVIS].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

**B-[PKVIS].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
<b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>	



Gesamt		7,88	Fälle je VK/Person	108,502541
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	7,88	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	7,88
<b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,82	Fälle je VK/Person	469,7802
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,82	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,82
<b>Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften</b>				
Gesamt		1,45	Fälle je VK/Person	589,655151
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,45	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,45

### B-[PKVIS].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ12 - Notfallpflege
- 4 PQ13 - Hygienefachkraft
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ20 - Praxisanleitung

### B-[PKVIS].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

# Zusatzqualifikation

- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 2 ZP15 - Stomamanagement
- 3 ZP16 - Wundmanagement

### B-[PKVIS].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

## B-[PKGEF] Zentrum für Gefäßchirurgie Nordbrandenburg

### B-[PKGEF].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrum für Gefäßchirurgie Nordbrandenburg

#### B-[PKGEF].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

### B-[PKGEF].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Laipple
Telefon	03395 685 206
Fax	03395 685 205
E-Mail	A.Laipple@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[PKGEF].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## **B-[PKGEF].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
- 2 VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
- 3 VC61 - Dialyseshuntchirurgie
- 4 VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
- 5 VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
- 6 VC62 - Portimplantation
- 7 VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
- 8 VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
- 9 VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
- 10 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 11 VR41 - Interventionelle Radiologie
- 12 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 13 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 14 VR15 - Arteriographie
- 15 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 16 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 17 VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie

## **B-[PKGEF].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	370
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[PKGEF].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	71
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	42
3	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	21
4	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	18
5	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	16
6	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	15
7	I83.1	Varizen der unteren Extremitäten mit Entzündung	15
8	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	12
9	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	12
10	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	11
11	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	10
12	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	10
13	A46	Erysipel [Wundrose]	9
14	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	8
15	I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien	7
16	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	7
17	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	6
18	I74.0	Embolie und Thrombose der Aorta abdominalis	6
19	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	5
20	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	5
21	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	5
22	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	5
23	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	< 4
24	I74.5	Embolie und Thrombose der A. iliaca	< 4
25	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
26	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
27	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	< 4
28	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	< 4
29	I77.80	Penetrierendes Aortenulcus [PAU]	< 4
30	I72.8	Aneurysma und Dissektion sonstiger näher bezeichneter Arterien	< 4

**B-[PKGEF].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	123
2	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	49
3	I83	Varizen der unteren Extremitäten	44
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	21
5	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	20
6	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	19
7	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	16
8	N18	Chronische Nierenkrankheit	15
9	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	12
10	A46	Erysipel [Wundrose]	9
11	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	6
12	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
13	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	< 4
14	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	< 4
15	I20	Angina pectoris	< 4
16	M60	Myositis	< 4
17	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	< 4
18	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4
19	I21	Akuter Myokardinfarkt	< 4
20	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4
21	I50	Herzinsuffizienz	< 4
22	L03	Phlegmone	< 4
23	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	< 4
25	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	< 4
26	R55	Synkope und Kollaps	< 4
27	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	I63	Hirninfarkt	< 4
29	G60	Hereditäre und idiopathische Neuropathie	< 4
30	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	< 4

**B-[PKGEF].6.2 Kompetenzdiagnosen**

## B-[PKGEF].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	124
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	107
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	103
4	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	95
5	5-930.3	Art des Transplantates oder Implantates: Xenogen	70
6	8-83c.72	Andere (perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Intraarterielle Spasmolyse an sonstigen Gefäßen: 3 oder mehr Gefäße	70
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	60
8	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	57
9	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	53
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	49
11	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	48
12	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	48
13	3-22x	Andere Computertomographie mit Kontrastmittel	47
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	47
15	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	46
16	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	45
17	5-896.1c	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion	45
18	5-930.4	Art des Transplantates oder Implantates: Alloplastisch	43
19	5-381.01	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	43
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	43
21	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	42
22	5-381.02	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	42
23	5-930.01	Art des Transplantates oder Implantates: Autogen: Mit externer In-vitro-Aufbereitung	38
24	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	38
25	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	38
26	5-386.a6	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß	35
27	5-381.03	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	35
28	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	30

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
29	5-394.10	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose: Implantat	29
30	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	28

### B-[PKGEF].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Endarteriektomie	216
2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	144
3	5-916	Temporäre Weichteildeckung	110
4	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	95
5	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	94
6	5-386	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme	78
7	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	73
8	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	73
9	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	55
10	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	50
11	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	48
12	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	47
13	5-388	Naht von Blutgefäßen	32
14	5-382	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung	31
15	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	27
16	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	26
17	5-866	Revision eines Amputationsgebietes	23
18	5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	21
19	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	20
20	5-983	Reoperation	16
21	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	15
22	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	13
23	5-384	Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta	11
24	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	10
25	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	8
26	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	7
27	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	7
28	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	7
29	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	7
30	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	7

### B-[PKGEF].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[PKGEF].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
3	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Pritzwalk <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.</i>

### B-[PKGEF].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[PKGEF].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[PKGEF].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	26
2	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	22
3	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	6
4	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	< 4
5	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	< 4
6	5-385.80	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	< 4
7	5-385.d1	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena parva	< 4
8	5-385.90	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	< 4
9	5-385.72	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena parva	< 4
10	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	< 4
11	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	< 4
12	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	< 4
13	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairesse (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	< 4

### B-[PKGEF].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	68



## B-[PKGEF].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[PKGEF].11 Personelle Ausstattung

### B-[PKGEF].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,62	Fälle je VK/Person	67,51825
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,62	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,14	<b>Stationär</b>	5,48
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		4,62	Fälle je VK/Person	82,58929
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	4,62	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,14	<b>Stationär</b>	4,48

### B-[PKGEF].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ07 - Gefäßchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
4	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

### B-[PKGEF].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF31 - Phlebologie

## B-[PKGEF].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		5,91	Fälle je VK/Person	62,60575
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	5,91	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	5,91

#### Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,2	Fälle je VK/Person	308,3333
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,2

### B-[PKGEF].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ12 - Notfallpflege
- 4 PQ13 - Hygienefachkraft
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ20 - Praxisanleitung

### B-[PKGEF].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 2 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 3 ZP16 - Wundmanagement

### B-[PKGEF].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

## B-[PKPLA] Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie

### B-[PKPLA].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie

#### B-[PKPLA].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

### B-[PKPLA].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

#### Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Aykut Yilmaz
Telefon	03395 685 601
Fax	03395 685 607
E-Mail	A.Yilmaz@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

### B-[PKPLA].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

## **B-[PKPLA].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung**

- # Medizinische Leistungsangebote
- 1 VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
- 2 VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
- 3 VC69 - Verbrennungschirurgie
- 4 VI20 - Intensivmedizin
- 5 VC58 - Spezialsprechstunde
- 6 VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
- 7 VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
- 8 VD12 - Dermatochirurgie
- 9 VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
- 10 VR10 - Computertomographie (CT), nativ
- 11 VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
- 12 VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
- 13 VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
- 14 VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

## **B-[PKPLA].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	98
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-[PKPLA].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	C44.3	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	24
2	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	10
3	D48.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Haut	8
4	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	< 4
5	C44.2	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges	< 4
6	C44.4	Sonstige bösartige Neubildungen: Behaarte Kopfhaut und Haut des Halses	< 4
7	D17.0	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	< 4
8	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
9	C44.5	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Rumpfes	< 4
10	L89.37	Dekubitus 4. Grades: Ferse	< 4
11	L82	Seborrhoische Keratose	< 4
12	D48.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe	< 4
13	L89.36	Dekubitus 4. Grades: Trochanter	< 4
14	L89.39	Dekubitus 4. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	< 4
15	L89.35	Dekubitus 4. Grades: Sitzbein	< 4
16	M72.66	Nekrotisierende Faszitis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4
17	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	T24.20	Verbrennung Grad 2a der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	< 4
19	L91.0	Hypertrophe Narbe	< 4
20	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	< 4
21	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	S21.1	Offene Wunde der vorderen Thoraxwand	< 4
23	T89.03	Komplikationen einer offenen Wunde: Sonstige	< 4
24	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren	< 4
25	L57.0	Aktinische Keratose	< 4
26	L03.3	Phlegmone am Rumpf	< 4
27	C49.2	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte	< 4
28	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	< 4
29	D04.3	Carcinoma in situ: Haut sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes	< 4
30	L72.1	Trichilemmalzyste	< 4

**B-[PKPLA].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig**

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	34
2	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	16
3	D48	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	10
4	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	4
5	L03	Phlegmone	4
6	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
7	L82	Seborrhoische Keratose	< 4
8	T89	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen eines Traumas	< 4
9	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	< 4
10	E86	Volumenmangel	< 4
11	D04	Carcinoma in situ der Haut	< 4
12	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	< 4
13	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	< 4
14	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
15	L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	< 4
16	I50	Herzinsuffizienz	< 4
17	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
18	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
19	L91	Hypertrophe Hautkrankheiten	< 4
20	Q17	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres	< 4
21	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4
22	R02	Gangrän, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
23	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	< 4
24	S21	Offene Wunde des Thorax	< 4
25	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4
26	I83	Varizen der unteren Extremitäten	< 4
27	S50	Oberflächliche Verletzung des Unterarmes	< 4
28	I87	Sonstige Venenkrankheiten	< 4
29	T24	Verbrennung oder Verätzung der Hüfte und des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	< 4
30	M72	Fibromatosen	< 4

**B-[PKPLA].6.2 Kompetenzdiagnosen**

**B-[PKPLA].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	47
2	5-850.d7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	40
3	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	39
4	5-850.b7	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	34
5	5-916.24	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	19
6	5-903.54	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	18
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	15
8	5-895.14	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	13
9	8-390.0	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett	13
10	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	13
11	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	12
12	5-830.0	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Debridement	12
13	5-850.d9	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	12
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	11
15	5-896.14	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Sonstige Teile Kopf	9
16	5-894.14	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	9
17	5-903.04	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Dehnungsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	9
18	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	9
19	5-895.04	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	9
20	5-894.34	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Sonstige Teile Kopf	8
21	5-850.b5	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Brustwand und Rücken	8
22	5-894.04	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, ohne primären Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	8

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
23	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	8
24	5-916.74	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	7
25	5-901.0e	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle: Spalthaut: Oberschenkel und Knie	7
26	5-903.74	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	7
27	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	7
28	5-902.4f	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel	7
29	5-850.d8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie	7
30	5-850.d5	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Brustwand und Rücken	7

### B-[PKPLA].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	133
2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	98
3	5-916	Temporäre Weichteildeckung	91
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	57
5	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	46
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	44
7	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	31
8	8-190	Spezielle Verbandstechniken	23
9	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	23
10	8-390	Lagerungsbehandlung	14
11	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	14
12	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	12
13	5-901	Freie Hauttransplantation, Entnahmestelle	11
14	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	10
15	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	9
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	7
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	7
18	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	6
19	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	6
20	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	6
21	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	6
22	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	5
23	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	5



#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
24	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	4
25	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4
26	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	4
27	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	4
28	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	4
29	5-907	Revision einer Hautplastik	4
30	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	< 4

## B-[PKPLA].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[PKPLA].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Pritzwalk <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.</i>
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

### B-[PKPLA].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[PKPLA].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[PKPLA].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-097.1	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	< 4
2	5-184.2	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	< 4
3	5-188.3	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Plastik des Ohrläppchens	< 4
4	5-188.3	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Plastik des Ohrläppchens	< 4
5	5-091.31	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	< 4
6	5-188.0	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Reduktionsplastik (z.B. bei Makrotie)	< 4
7	5-091.20	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision: Ohne Beteiligung der Lidkante	< 4

### B-[PKPLA].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-188	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres	< 4
2	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
3	5-097	Blepharoplastik	< 4
4	5-184	Plastische Korrektur abstehender Ohren	< 4

## B-[PKPLA].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[PKPLA].11 Personelle Ausstattung

### B-[PKPLA].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		1,9	Fälle je VK/Person	51,57895
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,9	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,9
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		0,81	Fälle je VK/Person	120,987648
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,81	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,81

#### B-[PKPLA].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ11 - Plastische und Ästhetische Chirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie
3	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
4	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

#### B-[PKPLA].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[PKPLA].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		1,2	Fälle je VK/Person	81,66666
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	1,2	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	1,2

#### B-[PKPLA].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
2	PQ08 - Pflege im Operationsdienst
3	PQ12 - Notfallpflege

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 4 PQ13 - Hygienefachkraft
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ20 - Praxisanleitung

#### B-[PKPLA].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
- 2 ZP06 - Ernährungsmanagement
- 3 ZP16 - Wundmanagement

#### **B-[PKPLA].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## B-[PKGYN] Klinik für Gynäkologie

### B-[PKGYN].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Gynäkologie

#### B-[PKGYN].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2400 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### B-[PKGYN].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung der Klinik für Gynäkologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marita Becker
Telefon	03395 685 552
Fax	03395 685 403
E-Mail	M.Becker@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 a
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk

### B-[PKGYN].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V	Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen
--	---

### B-[PKGYN].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG05 - Endoskopische Operationen
2	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
3	VG07 - Inkontinenzchirurgie
4	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
5	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
6	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
7	VG16 - Urogynäkologie
8	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
9	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
10	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
11	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
12	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

- # Medizinische Leistungsangebote
- 13 VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- 14 VG15 - Spezialsprechstunde
- 15 VG18 - Gynäkologische Endokrinologie

## B-[PKGYN].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	51
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[PKGYN].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	16
2	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	11
3	N81.1	Zystozele	6
4	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	< 4
5	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	< 4
6	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	< 4
7	N83.8	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	< 4
8	N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken	< 4
9	D39.7	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige weibliche Genitalorgane	< 4
10	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	< 4
11	N83.1	Zyste des Corpus luteum	< 4
12	N70.1	Chronische Salpingitis und Oophoritis	< 4
13	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	< 4
14	C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]	< 4

### B-[PKGYN].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N81	Genitalprolaps bei der Frau	25
2	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	11
3	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	5
4	D39	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der weiblichen Genitalorgane	< 4
5	N73	Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken	< 4
6	N99	Krankheiten des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
7	D25	Leiomyom des Uterus	< 4
8	C57	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane	< 4
9	N70	Salpingitis und Oophoritis	< 4
10	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	< 4

## B-[PKGYN].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[PKGYN].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	25
2	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	23
3	5-592	Raffung des urethrovesikalen Überganges	22
4	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	20
5	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	14
6	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	6
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	4
8	5-658.6	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens	4
9	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
10	5-658.9	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert	< 4
11	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	< 4
12	5-665.x2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Sonstige: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
13	1-851	Diagnostische (perkutane) Punktion des Ovars	< 4
14	5-469.11	Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Laparoskopisch	< 4
15	1-853.1	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle: Douglaspunktion	< 4
16	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
17	5-657.90	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Offen chirurgisch (abdominal)	< 4
18	5-673	Amputation der Cervix uteri	< 4
19	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	< 4
20	5-932.11	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 10 cm <sup>2</sup> bis unter 50 cm <sup>2</sup>	< 4
21	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	< 4
22	5-653.33	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	< 4
23	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	< 4
24	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	< 4

**B-[PKGYN].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	49
2	5-592	Raffung des urethrovesikalen Überganges	22
3	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	20
4	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	14
5	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	8
6	5-658	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung	7
7	5-653	Salpingoovariektomie	4
8	5-665	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina	< 4
9	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	< 4
10	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
11	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
12	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4
13	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	< 4
14	5-673	Amputation der Cervix uteri	< 4
15	1-851	Diagnostische (perkutane) Punktion des Ovars	< 4

**B-[PKGYN].7.2 Kompetenzprozeduren****B-[PKGYN].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
2	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Pritzwalk <i>Krankenhausgetragenes Medizinisches Versorgungszentrum mit den Fachgruppen Chirurgie / Orthopädie / Radiologie / Gynäkologie und Allgemeinmedizin.</i>
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

**B-[PKGYN].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)**

#	Ambulanz	Leistung
1	MVZ Pritzwalk	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
2	MVZ Pritzwalk	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
3	MVZ Pritzwalk	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
4	MVZ Pritzwalk	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
5	MVZ Pritzwalk	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
6	MVZ Pritzwalk	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
7	MVZ Pritzwalk	VG16 - Urogynäkologie

**B-[PKGYN].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[PKGYN].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	76
2	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	9
3	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	5
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
5	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	< 4
6	5-711.1	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	< 4
7	1-472.0	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	< 4
8	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
9	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
10	5-657.72	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4
11	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4
12	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	< 4

**B-[PKGYN].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe**

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	76
2	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	9
3	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	5
4	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	4
5	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4
6	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	< 4
7	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	< 4
8	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	< 4
9	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
10	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 4

**B-[PKGYN].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein



## B-[PKGYN].11 Personelle Ausstattung

### B-[PKGYN].11.1 Ärzte und Ärztinnen

#### Belegärztinnen und Belegärzte

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	51
--------	---	--------------------	----

#### B-[PKGYN].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - 2 AQ54 - Radiologie  
*Kooperation*
  - 3 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin  
*Kooperation*

#### B-[PKGYN].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[PKGYN].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt	0,23	Fälle je VK/Person	221,739136
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b> 0,23	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b> 0	<b>Stationär</b>	0,23

#### B-[PKGYN].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
  - 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
  - 3 PQ12 - Notfallpflege
  - 4 PQ13 - Hygienefachkraft
  - 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
  - 6 PQ20 - Praxisanleitung

#### B-[PKGYN].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
  - 2 ZP16 - Wundmanagement

### B-[PKGYN].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

## B-[PKAUG] Klinik für Ophthalmologie

### B-[PKAUG].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Ophthalmologie

#### B-[PKAUG].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2700 - Augenheilkunde

#### B-[PKAUG].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der leitenden Belegärztin/des leitenden Belegarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Belegarzt Augenheilkunde
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Bull
Telefon	033983 76 0
Fax	033983 76 119
E-Mail	info@augenklinik-grosspankow.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2 a
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk

### B-[PKAUG].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

### B-[PKAUG].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

- |   |  |
|---|--|
| # | Medizinische Leistungsangebote   |
| 1 | VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde   |
| 2 | VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita   |
| 3 | VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva  |
| 4 | VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse  |
| 5 | VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms  |
| 6 | VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern |
| 7 | VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen  |
| 8 | VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde   |

### B-[PKAUG].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	12
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[PKAUG].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	5
2	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	4
3	H25.2	Cataracta senilis, Morgagni-Typ	< 4
4	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	< 4

### B-[PKAUG].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Cataracta senilis	6
2	H40	Glaukom	5
3	H26	Sonstige Kataraktformen	< 4

### B-[PKAUG].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[PKAUG].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Anzahl
1	5-144.5a	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	7
2	5-134.2	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanaloplastik	5
3	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	4
4	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	< 4
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	< 4

### B-[PKAUG].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	7
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	7
3	5-134	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen	5

### B-[PKAUG].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[PKAUG].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Augen-Tagesklinik Groß Pankow MVZ GbR <i>ambulante Behandlung ophthalmologischer Erkrankungen, poststationäre Nachsorge</i>
2	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme

**B-[PKAUG].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)****B-[PKAUG].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)****B-[PKAUG].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V****B-[PKAUG].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe****B-[PKAUG].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

**B-[PKAUG].11 Personelle Ausstattung****B-[PKAUG].11.1 Ärzte und Ärztinnen****Belegärztinnen und Belegärzte**

Gesamt	1	Fälle je VK/Person	12
--------	---	--------------------	----

**B-[PKAUG].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ04 - Augenheilkunde
2	AQ54 - Radiologie <i>Kooperation</i>
3	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin <i>Kooperation</i>

**B-[PKAUG].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

## B-[PKAUG].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt		0,03	Fälle je VK/Person	400
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	0,03	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	0,03

### B-[PKAUG].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

# Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss

- 1 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 2 PQ08 - Pflege im Operationsdienst
- 3 PQ12 - Notfallpflege
- 4 PQ13 - Hygienefachkraft
- 5 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 6 PQ20 - Praxisanleitung

### B-[PKAUG].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

## B-[PKAUG].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

## B-[PKANÄS] Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

### B-[PKANÄS].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

#### B-[PKANÄS].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

#### B-[PKANÄS].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

##### Namen und Kontaktdaten der Chefarztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Mielke
Telefon	03395 685 600
Fax	03395 685 607
E-Mail	d.mielke@kmg-kliniken.de
Strasse	Giesensdorfer Weg
Hausnummer	2A
PLZ	16928
Ort	Pritzwalk
URL	<a href="http://www.kmg-kliniken.de">http://www.kmg-kliniken.de</a>

#### B-[PKANÄS].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

#### B-[PKANÄS].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges“): Notfallmedizin, Intensivmedizin, Transfusionsmedizin

#### B-[PKANÄS].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-[PKANÄS].6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-[PKANÄS].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

### B-[PKANÄS].6.2 Kompetenzdiagnosen

## B-[PKANÄS].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-[PKANÄS].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

### B-[PKANÄS].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[PKANÄS].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	

### B-[PKANÄS].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

### B-[PKANÄS].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

## B-[PKANÄS].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[PKANÄS].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[PKANÄS].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung	Nein

## B-[PKANÄS].11 Personelle Ausstattung

### B-[PKANÄS].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

#### Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,24	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	6,2	<b>Ohne</b>	2,04
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,5	<b>Stationär</b>	7,74
<b>– davon Fachärztinnen und Fachärzte</b>				
Gesamt		5,78	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	3,74	<b>Ohne</b>	2,04
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0,5	<b>Stationär</b>	5,28

**B-[PKANÄS].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung**

- # Facharztbezeichnungen
- 1 AQ01 - Anästhesiologie
- 2 AQ54 - Radiologie
- Kooperation*
- 3 AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin
- Kooperation*

**B-[PKANÄS].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

- # Zusatz-Weiterbildung
- 1 ZF28 - Notfallmedizin
- 2 ZF15 - Intensivmedizin

**B-[PKANÄS].11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften**

Gesamt		16,52	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	<b>Mit</b>	16,52	<b>Ohne</b>	0
Versorgungsform	<b>Ambulant</b>	0	<b>Stationär</b>	16,52

**B-[PKANÄS].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

- # Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
- 1 PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege
- 2 PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches
- 3 PQ07 - Pflege in der Onkologie
- 4 PQ12 - Notfallpflege
- 5 PQ13 - Hygienefachkraft
- 6 PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege
- 7 PQ20 - Praxisanleitung

**B-[PKANÄS].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation**

- # Zusatzqualifikation
- 1 ZP15 - Stomamanagement
- 2 ZP16 - Wundmanagement
- 3 ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik

**B-[PKANÄS].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**



## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

##### 09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz

##### 10/2 - Karotis-Revaskularisation

Fallzahl	47
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	47

##### 15/1 - Gynäkologische Operationen

Fallzahl	24
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	24

##### 17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur

Fallzahl	42
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	42

##### 18/1 - Mammachirurgie

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	0

##### DEK - Dekubitusprophylaxe

Fallzahl	146
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	146

##### HEP - Hüftendoprothesenversorgung

Fallzahl	94
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	94

##### HEP\_IMP - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation

Fallzahl	81
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	81

##### HEP\_WE - Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel

Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14

##### KEP - Knieendoprothesenversorgung

Fallzahl	53
----------	----

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	53

**KEP\_IMP - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation**

Fallzahl	50
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	50

**KEP\_WE - Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel**

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz

**PCI\_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)**

Fallzahl	8
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	8

**PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie**

Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

**1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,02
Vertrauensbereich bundesweit	98,98 - 99,06
Rechnerisches Ergebnis	93,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	71,67 - 98,89
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	15
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur

eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.  
Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	99,05
Vertrauensbereich bundesweit	99,02 - 99,09
Rechnerisches Ergebnis	93,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,18 - 98,81
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	14

**3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	98,18
Vertrauensbereich bundesweit	97,91 - 98,41

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232000_2005</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,89
Vertrauensbereich bundesweit	98,84 - 98,94
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,91 - 97,76

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	7

**5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232001_2006</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,93
Vertrauensbereich bundesweit	98,88 - 98,98
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,91 - 97,76
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	7

**6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232002_2007</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG

können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,92
Vertrauensbereich bundesweit	97,54 - 98,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	93,08
Vertrauensbereich bundesweit	92,95 - 93,21
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00

<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232003_2009</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	92,65
Vertrauensbereich bundesweit	92,52 - 92,78
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,91 - 97,76
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	7

### 9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung



von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	92,79
Vertrauensbereich bundesweit	92,65 - 92,93
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232004_2013</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	93,14
Vertrauensbereich bundesweit	92,97 - 93,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**11. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2028</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist

Fachlicher Hinweis IQTIG

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Vertrauensbereich bundesweit	95,84 - 96,02
Rechnerisches Ergebnis	80
Vertrauensbereich Krankenhaus	49,02 - 94,33
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	8
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**12. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232005_2028</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	95,40
Vertrauensbereich bundesweit	95,28 - 95,51
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

### 13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>2036</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

#### Fachlicher Hinweis IQTIG

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,69
Vertrauensbereich bundesweit	98,64 - 98,75
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8

### 14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde,

**wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232006_2036</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,59 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

**15. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 0,99
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,59
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,20
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,91 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**16. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt**

**wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232007_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,58
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,88

**17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232010_50778</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,67
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,48
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0



Erwartete Ereignisse	1,67
<b>18. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	16,84
Vertrauensbereich bundesweit	16,67 - 17,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>19. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232008_231900</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	18,28
Vertrauensbereich bundesweit	18,14 - 18,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten</p>

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,71
Vertrauensbereich bundesweit	96,64 - 96,77
Rechnerisches Ergebnis	87,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	63,98 - 96,50
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	14
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>232009_50722</b>
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,57
Vertrauensbereich bundesweit	96,49 - 96,66
Rechnerisches Ergebnis	75
Vertrauensbereich Krankenhaus	40,93 - 92,85
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	6

**22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52009</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte</p>

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,06 - 2,05
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	3293
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	23,72
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,68 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**23. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52326</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,36
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,37
Rechnerisches Ergebnis	0,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,47 - 1,05
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	3293
Beobachtete Ereignisse	23

**24. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521801</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen

Fachlicher Hinweis IQTIG

Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der

Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,07
Rechnerisches Ergebnis	0,36
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,21 - 0,64
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	3293
Beobachtete Ereignisse	12

**25. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>521800</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

Einheit	%
Bundesergebnis	0,01

Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,12
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	3293
Beobachtete Ereignisse	0

**26. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,12
<b>Fallzahl</b>	



Grundgesamtheit	3293
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51906</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere</p>

Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 28,02
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**28. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>12874</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	<p>DeQS, QS-Planung</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.g-ba.de/richtlinien/91/">https://www.g-ba.de/richtlinien/91/</a>.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%

Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,43
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**29. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische

Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	7,61
Vertrauensbereich bundesweit	7,20 - 8,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**30. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172000_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte

## Fachlicher Hinweis IQTIG

noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	11,16
Vertrauensbereich bundesweit	9,90 - 12,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**31. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>172001_10211</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>.

## Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	13,49
Vertrauensbereich bundesweit	12,39 - 14,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**32. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60685</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>33. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>60686</b>

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	19,31
Vertrauensbereich bundesweit	18,56 - 20,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>34. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>612</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von



guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	88,74
Vertrauensbereich bundesweit	88,41 - 89,07
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**35. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52283</b>
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,15
Vertrauensbereich bundesweit	3,05 - 3,27
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 14,31
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**36. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54001</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,67
Vertrauensbereich bundesweit	97,60 - 97,74
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,94 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	28
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**37. Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54002</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	91,85
Vertrauensbereich bundesweit	91,46 - 92,23
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,56 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**38. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54003</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	9,27
Vertrauensbereich bundesweit	9,06 - 9,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**39. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass

## Fachlicher Hinweis IQTIG

ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,89 - 97,04
Rechnerisches Ergebnis	98,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,55 - 99,68
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	55
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**40. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54015</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 1,31
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,25 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**41. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,06
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10



Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**42. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54017</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,44 - 8,26
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**43. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	4,53
Vertrauensbereich bundesweit	4,37 - 4,69
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**44. Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54019</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	2,27
Vertrauensbereich bundesweit	2,21 - 2,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 8,01 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**45. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)**

**Ergebnis-ID**

**54120**

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

Fachlicher Hinweis IQTIG

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	2,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,84 - 4,25
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,02 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**46. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191800_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,99 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 7,41
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**47. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191801_54120</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	54120

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität

Fachlicher Hinweis IQTIG

von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	2,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,75 - 5,81
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**48. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 1,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54013</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI



Bezug zum Verfahren	<p>DeQS</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,04 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,46
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>50. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>191914</b>
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

<p>Art des Wertes Bezug zum Verfahren</p>	<p>TKez DeQS Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p></p>
<p>Bundesergebnis Vertrauensbereich bundesweit Rechnerisches Ergebnis Vertrauensbereich Krankenhaus</p>	<p>1,07 1,04 - 1,10 0,46 0,08 - 2,28</p>
<p><b>Fallzahl</b> Grundgesamtheit Beobachtete Ereignisse</p>	<p>Datenschutz Datenschutz</p>

Erwartete Ereignisse

Datenschutz

**51. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

Ergebnis-ID

10271

Leistungsbereich

HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Bundesergebnis

0,83

Vertrauensbereich bundesweit

0,80 - 0,86

Rechnerisches Ergebnis

1,42

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,24 - 4,37
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,27 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>52. Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54030</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	9,83
Vertrauensbereich bundesweit	9,60 - 10,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**53. Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden**

**Ergebnis-ID**

**54050**

Leistungsbereich

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit

%

Bundesergebnis

97,35

Vertrauensbereich bundesweit

97,22 - 97,48

Rechnerisches Ergebnis

96

Vertrauensbereich Krankenhaus	80,46 - 99,29
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	24
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**54. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54033</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten</p>

Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 2,08
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**55. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54029</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	1,89
Vertrauensbereich bundesweit	1,79 - 2,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,35 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**56. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54042</b>
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der



Fachlicher Hinweis IQTIG

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,37 - 2,71
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**57. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Ergebnis-ID**

**54046**

Leistungsbereich

HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden  
TKez

Art des Wertes

DeQS

Bezug zum Verfahren

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Eine

Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen

auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der

Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen

Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem

Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist

aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

1,07

Vertrauensbereich bundesweit

1,03 - 1,10

Rechnerisches Ergebnis

1,23

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 3,93
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>58. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,25
Vertrauensbereich bundesweit	99,08 - 99,38
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,24 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	40
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**59. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>604</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,69
Vertrauensbereich bundesweit	99,55 - 99,79
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,97 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**60. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>52240</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	5,07
Vertrauensbereich bundesweit	2,48 - 10,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**61. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11704</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen
Fachlicher Hinweis IQTIG	

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 5,66
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**62. Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>11724</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis

systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	2,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 12,04
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**63. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>605</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität



von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,44
Vertrauensbereich bundesweit	1,24 - 1,68
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,64
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	0

**64. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>606</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a> . Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur

eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.  
Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,53
Vertrauensbereich bundesweit	1,02 - 2,29
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**Fallzahl**

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

**65. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind**

**Ergebnis-ID**

**51859**

Leistungsbereich

KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes

TKez

Bezug zum Verfahren

DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:  
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,13
Vertrauensbereich bundesweit	2,78 - 3,53

Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

**66. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	97,95
Vertrauensbereich bundesweit	97,39 - 98,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten  
Qualitätsbericht eingeschränkt/nicht vergleichbar

**67. Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Einheit	%
Bundesergebnis	99,34
Vertrauensbereich bundesweit	98,92 - 99,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**68. Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt**

**wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51873</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 2,81 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**69. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51865</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem</p>

Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis 0,94  
 Vertrauensbereich bundesweit 0,83 - 1,06  
 Vertrauensbereich Krankenhaus -

**70. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)**

**Ergebnis-ID** 51445  
 Leistungsbereich KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes TKez  
 Bezug zum Verfahren DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

Einheit	%
Bundesergebnis	2,18
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**71. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51448</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:

**Fachlicher Hinweis IQTIG**

<https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,14
Vertrauensbereich bundesweit	2,72 - 6,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**72. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>51860</b>
	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses



Leistungsbereich	durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/">https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/</a>. Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	4,61
Vertrauensbereich bundesweit	3,82 - 5,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

**73. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>161800</b>
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht

Fachlicher Hinweis IQTIG

üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,50
Vertrauensbereich bundesweit	2,34 - 5,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**74. Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG

Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,12
Vertrauensbereich bundesweit	98,05 - 98,18
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,54 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	27
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**75. Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass

Fachlicher Hinweis IQTIG

ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	97,42
Vertrauensbereich bundesweit	97,22 - 97,61
Rechnerisches Ergebnis	90,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	62,26 - 98,38
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	10
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**76. Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54022</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	91,95 - 92,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 86,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**77. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54123</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 4,26 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**78. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>50481</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	3,33
Vertrauensbereich bundesweit	3,02 - 3,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 11,32 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**79. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54124</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht

Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,18
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**80. Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54125</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht



Fachlicher Hinweis IQTIG

gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Einheit	%
Bundesergebnis	4,18
Vertrauensbereich bundesweit	3,84 - 4,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**81. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise

Fachlicher Hinweis IQTIG

einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,06 - 1,21
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 23,49
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,15
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,19 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**82. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)**

**Ergebnis-ID** **54127**

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,05
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,89
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	0
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>83. Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>54128</b>

Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Fachlicher Hinweis IQTIG	
Einheit	%
Bundesergebnis	99,80
Vertrauensbereich bundesweit	99,78 - 99,82
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,42 - 100,00
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	54
Beobachtete Ereignisse	54
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>84. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich</b>	
<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56000</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	64,25
Vertrauensbereich bundesweit	64,05 - 64,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 40,97 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**85. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56001</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere

Fachlicher Hinweis IQTIG

Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	27,91
Vertrauensbereich bundesweit	27,71 - 28,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 41,48 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### **86. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56003</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>

Einheit	%
Bundesergebnis	76,37
Vertrauensbereich bundesweit	75,91 - 76,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 67,57 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### **87. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb**

**von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56004</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	2,71
Vertrauensbereich bundesweit	2,54 - 2,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 5,98 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**88. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56005</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum

Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	15,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,69 - 73,12
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,65 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**89. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**

**Ergebnis-ID** **56006**



Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a></p>
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,92 - 0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**90. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm<sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle**

**Risiken der Patientinnen und Patienten)****Ergebnis-ID****56007**

Leistungsbereich

PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bundesergebnis

0,90

Vertrauensbereich bundesweit

0,89 - 0,91

Vertrauensbereich Krankenhaus

-

**Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators**

Referenzbereich

&lt;= 1,50 (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten

eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitätsbericht

**91. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56008</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**92. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56009</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	4,41
Vertrauensbereich bundesweit	4,35 - 4,47
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Fallzahl</b>	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**93. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56010</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	17,16
Vertrauensbereich bundesweit	16,68 - 17,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**94. Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde**

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56011</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	9,88
Vertrauensbereich bundesweit	9,77 - 10,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	<= 16,84 % (95. Perzentil)

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 95. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56014</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/">https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/</a>
Einheit	%
Bundesergebnis	94,29
Vertrauensbereich bundesweit	94,05 - 94,52
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

#### Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,65 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### 96. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

<b>Ergebnis-ID</b>	<b>56016</b>
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des

Fachlicher Hinweis IQTIG

Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Einheit	%
Bundesergebnis	95,31
Vertrauensbereich bundesweit	95,23 - 95,39
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
<b>Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators</b>	
Referenzbereich	>= 93,95 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

**Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden**

Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

## C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

## C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

## C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

### C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

#### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erbrachte Menge

27

MM08: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.

Begründung

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

#### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Leistungsberechtigung im Prognosejahr

Ja

Prüfung durch Landesverbände

Ja

Leistungsmenge im Berichtsjahr

27

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres

19

Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)

Nein

Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden

Nein

## C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben.

#### Strukturqualitätsvereinbarungen

# Vereinbarung

1 CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation  
Bauchaortenaneurysma



## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	24
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	23
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	23

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände:
1	Intensivmedizin - Intensivstation (interdisziplinär) - Tagschicht	100 %	11
2	Intensivmedizin - Intensivstation (interdisziplinär) - Nachtschicht	100 %	3
3	Geriatric - PK Station 01 - Tagschicht	91,67 %	9
4	Geriatric - PK Station 01 - Nachtschicht	91,67 %	8
5	Geriatric - PK Station 02 - Tagschicht	100 %	8
6	Geriatric - PK Station 02 - Nachtschicht	66,67 %	10
7	Gynäkologie und Geburtshilfe - PK Station 03 - Tagschicht	83,33 %	10
8	Gynäkologie und Geburtshilfe - PK Station 03 - Nachtschicht	66,67 %	10
9	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Tagschicht	100 %	7

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
		100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Nachtschicht	<b>Ausnahmetatbestände: 8</b>

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation (interdisziplinär) - Tagschicht	84,38 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation (interdisziplinär) - Nachtschicht	98,9 %
3	Geriatrie - PK Station 01 - Tagschicht	72,01 %
4	Geriatrie - PK Station 01 - Nachtschicht	78,95 %
5	Geriatrie - PK Station 02 - Tagschicht	89,04 %
6	Geriatrie - PK Station 02 - Nachtschicht	52,33 %
7	Gynäkologie und Geburtshilfe - PK Station 03 - Tagschicht	59,27 %
8	Gynäkologie und Geburtshilfe - PK Station 03 - Nachtschicht	60,85 %
9	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Tagschicht	93,42 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - PK Station 04 - Nachtschicht	93,15 %

## C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.
- Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

## **C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien**

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

### **Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet**

Antwort

Nein